



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA MACRORREGIÃO DA BAHIA *THE PRIMARY CARE FINANCING ON A MACRO-REGION OF BAHIA*

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA¹; MÁRCIA REIS ROCHA ROSA²; THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO³; ANDREI SOUZA TELES⁴

1- Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

2 - Professora Assistente na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

3 - Professora Titular Plena da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

4 - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo descrever a evolução do financiamento da atenção básica nos municípios da macrorregião Leste do estado da Bahia, no período de 2010 a 2012, a fim de contribuir para uma distribuição de recursos mais equânime no âmbito dos cuidados primários de saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, em uma perspectiva descritiva, na qual se utilizou o modelo de Contas Nacionais de Saúde para análise de dados coletados no SIOPS, DATASUS e IBGE. Os resultados mostraram que houve um aumento dos gastos com a atenção básica em torno de 29%, de 2010 para 2012, sendo que o PAB variável cresceu numa proporção maior do que o PAB fixo. Apesar do PAB fixo ser repassado por critério populacional definido em portarias do Ministério da Saúde, encontrou-se que, na grande maioria dos municípios, os valores de PAB *per capita* não corresponderam ao previsto nas portarias. Infere-se, portanto, que a alocação dos recursos para a atenção básica ainda necessita de maiores cuidados, do ponto de vista do cumprimento da legislação e das necessidades dos municípios.

Palavras-chave: Financiamento; Atenção Básica; Gastos em Saúde.

ABSTRACT

This research aimed to describe the evolution of the financing of primary health care in the municipalities of the macro-eastern region of Bahia state, in the period 2010-2012 in order to contribute to a more equitable distribution of resources within primary health care. This is a quantitative research, a descriptive perspective, in which we used the National Health Accounts model to analyze data collected on SIOPS, DATASUS and IBGE. The results showed a 29% increase in spending on primary care from 2010 to 2012, while the variable PAB grew at a higher rate than the fixed PAB. Although the fixed PAB is passed according to population criteria defined by ordinances of the Ministry of Health, it was found that in most municipalities the PAB values per capita did not correspond to that specified in the ordinances. It is inferred, therefore, that the allocation of resources for primary care still needs more attention from the point of view of compliance and needs of those municipalities.

Keywords: Financing; Primary Care; Health Expenditures.

INTRODUÇÃO

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, houve uma ampla expansão da atenção básica nos municípios brasileiros. Esse processo, por sua vez, tem levado os municípios a assumirem gradativamente as responsabilidades com a gestão local do SUS, principalmente no âmbito dos cuidados primários de saúde, contribuindo assim para a descentralização das ações e serviços de saúde^{1,2}.

Na Declaração de Alma-Ata em 1978, foi estabelecida a proposta da Atenção Primária de Saúde (APS) e orientado a todos os governos a adesão às novas práticas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. A APS é definida como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde que integra ações preventivas e curativas com a utilização de tecnologias complexas, mas de menor densidade, a um custo que a comunidade e o país possam manter durante seu desenvolvimento e, portanto, capaz de resolver boa parte dos agravos à saúde dos indivíduos e comunidade³.



No Brasil, a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, a qual instituiu em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), visou resgatar os princípios do SUS e melhorar o atendimento à população, em substituição ao modelo hegemônico, biomédico e hospitalocêntrico². A atenção básica é considerada a porta de entrada do sistema de saúde e se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem desde a promoção da saúde à reabilitação. É constituída por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo desenvolvimento de vínculo entre unidade de saúde e comunidade, atendendo de forma integral todos os usuários⁴.

Cabe destacar que a elaboração das Normas Operacionais Básicas (NOB) pelo Ministério da Saúde foi de fundamental importância para a indução da ampliação da atenção básica no país. As NOB definiram como seriam realizadas as transferências de recursos financeiros entre União, estados e municípios, a partir da criação do Piso da Atenção Básica (PAB). Entretanto, as primeiras Normas Operacionais - NOB 01/1991 e 01/1992 - não trataram de mecanismos de transferência regular e automática de recursos, e as transferências para a saúde seriam feitas por prestação de serviços. Somente com a implantação das NOB 93 e 96 é que houve resultados positivos para o financiamento da atenção básica, pois foram instituídos os primeiros repasses regulares e automáticos sob a égide da NOB 01/1993 ampliando a descentralização no SUS. Enquanto, grande avanço foi observado após a NOB 01/1996, com a criação do PAB fixo e variável. O PAB fixo refere-se à definição de um valor *per capita* nacional para custeio das ações e procedimentos da atenção básica, repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o municipal. Já o PAB variável diz respeito aos incentivos financeiros, onde o município recebe um valor acrescido caso desenvolva programas específicos como, por exemplo, equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde^{1,4-6}.

Certamente, com a implantação desses mecanismos houve um aumento significativo da participação dos municípios no financiamento do SUS, no âmbito da atenção básica. Segundo estudo¹ sobre a política de financiamento da atenção básica, em 1993, a participação do governo federal no financiamento do SUS era majoritária, com 72%, enquanto que os municípios contribuíam com apenas 16%. Já em 2002, estes percentuais aumentaram para 58% e 22%, respectivamente.

A introdução do PAB produziu, de todo modo, uma elevação das transferências de recursos federais destinados à atenção básica para a maioria dos municípios. No entanto, o processo de consolidação da atenção básica tem enfrentado uma série de dificuldades, destacando-se: a incapacidade de instituição da atenção básica como efetiva porta de entrada ao sistema, devido à cultura hospitalocêntrica já enraizada; a necessidade de considerar as desigualdades regionais para alocação dos recursos; a influência dos diversos contextos

políticos e econômicos na implantação da rede básica; as dificuldades para efetivar a integralidade da atenção; além da não efetivação do controle social².

Nesta perspectiva, o conhecimento acerca do financiamento da atenção básica nos municípios brasileiros oferece subsídios para que as autoridades de saúde possam propor ações mais apropriadas para enfrentar as inúmeras dificuldades que culminam na baixa resolutividade da rede básica e para se pensar numa distribuição de recursos mais equânime e eficiente, que é fundamental para a operacionalização de um sistema municipal de saúde. Frente ao exposto, este trabalho tem como objetivo descrever a evolução do financiamento da atenção básica nos municípios da macrorregião Leste do estado da Bahia, no período de 2010 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza descritiva e comparativa, no qual se pretende descrever a evolução do financiamento da atenção básica através da análise dos gastos referentes ao PAB fixo e variável, destacando-se os incentivos federais que foram destinados à atenção básica dos municípios da macrorregião Leste da Bahia, no período de 2010 a 2012.

A macrorregião Leste do estado da Bahia que, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), atualizado em 2011, era composta por 48 municípios distribuídos em quatro regiões de saúde: Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus. A macrorregião do estudo possuía uma população total de 4.354.683 habitantes, segundo o censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷.

Em 2006, a macrorregião Leste da Bahia contava com 390 equipes de saúde da família, aumentando para 497, em 2013⁸. Recentemente, a macrorregião havia passado por avanços como a queda da mortalidade infantil, caindo de 1.609 óbitos, em 2006, para 1.191, em 2011⁹, e o incremento do repasse dos recursos da saúde cresceu de R\$ 1,9 milhão, em 2007, para R\$ 3,8 milhões, em 2012⁸. Em relação aos aspectos socioeconômicos, a macrorregião Leste apresentou a menor taxa de analfabetismo do estado da Bahia, correspondendo a 7,2%, em 2010¹⁰. Já a taxa de desemprego vinha apresentando as maiores taxas do estado, 23,07%, em 2000, e 12,9%, em 2010, apesar de ter sofrido uma queda nos últimos dez anos¹¹.

As informações financeiras dos dados descritos referem-se aos gastos com a atenção básica, dentre eles, o PAB fixo, que é o valor definido de acordo com a população do município; e o PAB variável, relativos aos incentivos financeiros. Os dados foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), ambos disponíveis na internet.

A partir da montagem do banco de dados, foram construídas tabelas com base no modelo de Contas Nacionais em Saúde da Organização Mundial de Saúde, aqui adaptado pelos autores. Foi utilizada a Tabela 1 da *National Health Accounts (NHA)*, que relaciona Fontes de Financiamento

versus Agentes de Financiamento, sendo que os agentes são representados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), enquanto as fontes podem ser fontes públicas federais, estaduais e municipais^{12,13}.

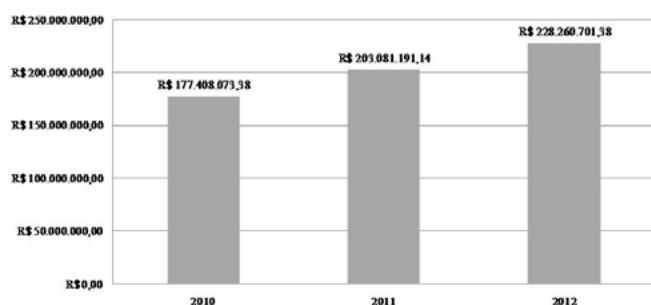
No presente trabalho, foram utilizados apenas os dados nominais referentes à atenção básica e seus componentes, incluindo PAB fixo e variável, e analisada a razão do PAB fixo sobre a população a fim de comparar os resultados com o preconizado pela legislação vigente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre 2010 a 2012, a macrorregião Leste da Bahia recebeu um volume total de recursos federais destinados à atenção básica de aproximadamente R\$ 589 milhões, sendo válido ressaltar que o valor repassado aumentou de cerca de R\$ 177 milhões, em 2010, para R\$ 228 milhões, em 2012, ou seja, cerca de 29%, conforme está apresentado no Gráfico 1. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012 presumia que o repasse dos recursos para o ano de 2012 seria quase 40% maior que o de 2010, visto que ampliou o número de municípios que poderiam receber programas como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), passando também a combinar a equidade para a alocação dos recursos¹⁴.

Entretanto, ao se considerar a inflação acumulada no período, que ficou em 19,38%, de acordo com o IPCA geral, observa-se que não houve aumento real.

Gráfico 1 – Gasto federal com a atenção básica da macrorregião Leste da Bahia, de 2010 a 2012.



Fonte: Elaboração própria, dados secundários SIOPS.

Os dados apresentados na Tabela 1 evidenciam o crescimento dos repasses federais para a atenção básica (PAB fixo e variável) e o incremento anual de recursos em toda macrorregião Leste da Bahia, em valores nominais. Observou-se que, em 2010, o valor total do PAB fixo foi de R\$ 83.991.426,40 sofrendo um aumento de 8,59% em 2011 e, em 2012, esse valor subiu 4,76%. Os incentivos (PAB variável), por sua vez, que em 2010 já era maior que o PAB fixo, apresentaram elevação mais significativa nesse período, de 20,45%, saindo de R\$ 93.416.646,98, em 2010, para R\$ 112.520.857,60, em 2011, e aumentou 18,37%, em 2012, somando R\$ 133.196.520,13.

A distribuição do PAB, segundo a Região de Saúde, está sintetizada na Tabela 2. Comparando-se os valores repassados para a AB em cada Região de Saúde, nos anos de 2010 a 2012, observa-se que a região de Salvador, composta por nove municípios, foi a que recebeu um maior volume de recursos, correspondendo a um total de R\$ 331,6 milhões, seguida pela região de Santo Antônio de Jesus, com R\$ 115,1 milhões distribuídos em 22 municípios. Logo após, tem-se Camaçari com seis municípios e gasto total de R\$ 82,1 milhões e, por último, a região de saúde de Cruz das Almas, com R\$ 60,3 milhões, composta por nove municípios. Depreende-se que a região de saúde com maior quantidade de municípios não foi, necessariamente, a região que obteve maior aporte de recursos federais para a atenção básica, entre 2010 a 2012.

É importante destacar, que o PAB variável apresentou um crescimento mais acentuado que o PAB fixo em todas as regiões de saúde. De 2010 a 2012, o aumento do PAB variável foi de, no mínimo, R\$ 3,9 milhões de reais na região de Cruz das Almas, alcançando uma elevação de, aproximadamente, R\$ 14 milhões na região de Salvador. Enquanto que, o PAB fixo, no mesmo período, cresceu em menor proporção, em torno de R\$ 1 e 2 milhões de um ano para o outro, nas regiões de Santo Antônio de Jesus e Salvador, respectivamente. Essa tendência sugere que os municípios receberam importantes incentivos neste triênio, o que possibilitou uma maior implantação de programas como, Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF, ampliando assim, os serviços de atenção básica nessas regiões de saúde.

Tabela 1 – Repasses financeiros federais para a Atenção Básica (PAB fixo e variável) da macrorregião Leste da Bahia, 2010-2012.

Ano	Piso da Atenção Básica fixo		Piso da Atenção Básica variável		Total Atenção Básica (R\$)
	Valor anual (R\$)	Incremento anual (%)	Valor anual (R\$)	Incremento anual (%)	
2010	83.991.426,40		93.416.646,98		177.408.073,38
2011	91.206.292,73	8,59%	112.520.857,60	20,45%	203.727.150,33
2012	95.549.056,25	4,76%	133.196.520,13	18,37%	228.745.576,38

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS.

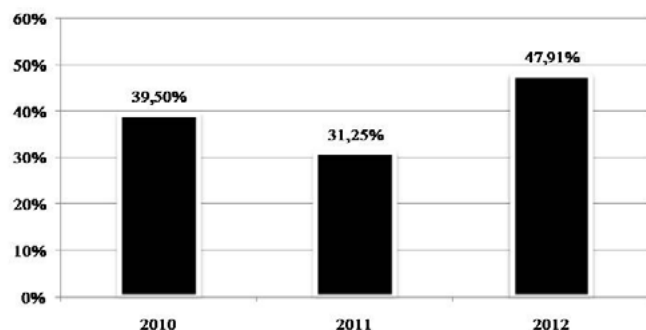
Tabela 2 - Distribuição do PAB Fixo e Variável, segundo Regiões de Saúde da macrorregião Leste da Bahia, 2010-2012. Em milhões.

Região de Saúde	Ano 2010		Ano 2011		Ano 2012		Total
	Fixo	Variável	Fixo	Variável	Fixo	Variável	
Salvador	61,5	39,1	63,1	49,6	64,3	53,7	331,6
Santo Antônio de Jesus	8,5	26,0	9,7	28,6	10,2	32,0	115,1
Camaçari	8,9	14,4	10,0	18,0	11,5	19,1	82,1
Cruz das Almas	4,0	13,7	5,2	13,0	6,4	17,7	60,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no SIOPS.

Contudo, é válido ressaltar que na maior região de saúde, região de Salvador, embora o volume de recursos tenha sido mais elevado do que nas demais regiões, os incentivos foram mais baixos do que o PAB fixo nos três anos da pesquisa, evidenciando que o repasse dos recursos tem sido, majoritariamente, feito com base na população, isto é, *per capita*.

É importante afirmar que o Ministério da Saúde (MS) divulga ano a ano as portarias que definem o valor mínimo da parte fixa do PAB para o cálculo do montante de recursos, estabelecendo o valor mínimo por habitante a ser transferido para os municípios. O Gráfico 2 mostra o percentual de municípios, do total de 48 que formam a macrorregião Leste da Bahia, em que foi cumprido os valores repassados de PAB fixo conforme a população local, previsto pelas portarias ministeriais, nos três anos do estudo.

Gráfico 2 - Percentual dos municípios da macrorregião Leste em que foi cumprido os valores de PAB fixo segundo as portarias anuais vigentes, 2010-2012.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS/Portarias nº 3.170 de 2010, nº 1.602 de 2011 e nº 953 de 2012.

Ao observar os valores de PAB fixo a luz das portarias do MS, verificou-se que, em 2010, a Portaria nº 3.170, de 19 de outubro de 2010, definiu o valor mínimo do PAB fixo por habitante em 18 reais, de acordo com a população do ano de 2009. Entretanto, encontrou-se que, dos 48 municípios, 19 (menos da metade – 39,50%) captaram o mínimo R\$ 18,00 *per capita*, como previsto na portaria¹⁵.

Já em 2011, o MS divulgou a Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011, que determinou os valores mínimos por habitante divididos em quatro categorias: I- valor mínimo de R\$ 23,00 para os municípios com população de até 50 mil habitantes; II- R\$ 21,00 para os municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes; III- R\$ 19,00 para os municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes; e IV- permaneceu em R\$ 18,00 para os demais municípios não contemplados nos itens anteriores¹⁶. A razão entre o PAB fixo e a população definida pela portaria evidenciou que 14 municípios captaram 23 reais da primeira categoria enquanto que, apenas um município alcançou o valor mínimo de 18 reais referente a última categoria, ou seja, em apenas 31,25% dos municípios da macrorregião Leste foram cumpridos os valores estipulados pela portaria citada anteriormente.

Para o ano 2012, a Portaria nº 953, de 15 de maio de 2012, do MS, aumentou o valor mínimo *per capita* para os municípios em cada categoria citada anteriormente, estabelecendo os seguintes valores: I- R\$ 25,00 (vinte e cinco reais); II- R\$ 23,00 (vinte e três reais); III- R\$ 21,00 (vinte e um reais); e IV- R\$ 20,00 (vinte reais)¹⁷. A partir da razão entre PAB fixo e população, constatou-se que 23 municípios (47, 91%) da macrorregião em estudo atingiram as metas previstas pelas categorias acima.

Embora a distribuição dos recursos seja estabelecida *per capita*, os resultados descritos mostram que os municípios não têm recebido o valor mínimo por habitante, como previsto nas portarias do MS. Os motivos que levam a essa desigualdade na captação de recursos ainda são obscuros. Dentre as possibilidades, pode ter havido corte dos recursos por sanções ou atrasos nas transferências fundo a fundo que podem ter ultrapassado a competência do exercício financeiro. Situações estas que acabam por comprometer a gestão dos recursos, prejudicando a saúde da população.

O valor anual repassado pelo governo federal referente aos incentivos financeiros para cada componente do PAB variável, entre eles Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Outros Programas, estão destacados na Tabela 3.

Tabela 3 - Valor anual repassado para Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e Outros Programas, na macrorregião Leste da Bahia, 2010 a 2012.

Ano	Saúde da Família (R\$)	Agentes Comunitários de Saúde (R\$)	Saúde Bucal (R\$)	NASF (R\$)	Outros Programas (R\$)
2010	43.624.953,92	35.710.614,26	8.368.890,00	650.663,40	5.061.525,40
2011	46.239.291,19	47.526.002,49	10.443.798,07	2.600.000,00	5.711.765,85
2012	50.064.294,58	51.793.531,00	10.848.006,18	4.282.016,87	16.208.671,50

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no SIOPS.

O volume de recursos repassado para a saúde da família aumentou de R\$ 43.624.953,92, em 2010, para R\$ 50.064.294,58, no ano de 2012 (incremento de 14,76%). O valor dos Agentes Comunitários de Saúde variou de R\$ 35.710.614,26, em 2010, e R\$ 51.793.531,00, em 2012, com um aumento expressivo de 45,03%. O repasse para as equipes de Saúde Bucal cresceu de R\$ 8.368.890,00, em 2010, para R\$ 10.848.006,18, em 2012, 29,62% a mais. Para o NASF, houve uma ampliação de R\$ 650.663,40, em 2010, para R\$ 4.282.016,87, em 2012, aumento de quase 558%. E, para os outros programas que compõem o PAB variável, o crescimento foi de R\$ 5.061.525,40, em 2010, para R\$ 16.208.671,50, em 2012 (220,23% a mais).

Pesquisadores¹ compararam o valor médio anual repassado para dois dos componentes do PAB variável, as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, no Brasil, no período de 2002 a 2005, e encontraram um incremento de recursos de 43,71% de 2002 para 2005, para cada equipe de saúde da família, e de 71,71% no mesmo período, para as equipes de Saúde Bucal. Mesmo considerando, dentre outras coisas, que esses aumentos abrangendo todo o território nacional ocorreram em um intervalo de tempo maior, é possível explicar também as diferenças em função das prioridades das políticas de saúde a cada momento.

É importante ressaltar que, ao longo do ano 2000, o governo federal criou mecanismos para impulsionar a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, por conseguinte, refletiram no aumento dos gastos com a parte variável do PAB, referente aos incentivos, verificado no presente estudo. Um exemplo foi o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), implementado no ano de 2003, que propôs um orçamento de US\$ 550 milhões de dólares para promover a expansão da ESF, principalmente nos municípios com mais de 100 mil habitantes, pelo fato de concentrarem a maior parte da população brasileira, aproximadamente 55%, visando melhorar a cobertura populacional dos serviços de atenção básica, bem como aperfeiçoando a infraestrutura das equipes de ESF¹. Mais recentemente, portanto, enquanto os gastos com a Saúde Bucal estacionaram, os aportes para o NASF e demais programas vêm ganhando espaço no financiamento da atenção básica.

CONCLUSÃO

Não obstante a importância estratégica da atenção básica para o SUS, o financiamento das suas ações não alcançou aumento significativo de repasses federais por meio do PAB fixo e variável, uma vez que o crescimento dos valores recebidos pela macrorregião Leste, a mais populosa do estado da Bahia, apenas corrigiram a inflação acumulada no período, que foi de 19,38% (IPCA geral).

A questão da insuficiência dos recursos para a saúde tem sido discutida por diversos autores, porém Coelho e Scatena¹⁸ chamam a atenção para o fato do aumento de recursos para a saúde estar se dando à custa dos estados e municípios, tendo a União se recusado a cumprir com a sua parte no pacto desenhado pela EC 29, ao manter sua contribuição abaixo de 4% do Produto Interno Bruto (PIB).

Por outro lado, o estudo mostrou o não cumprimento do mínimo legalmente estipulado para parte significativa dos municípios da macrorregião Leste, indicando desigualdades no trato com os municípios, que precisam da contraparte federal para implementar as mesmas políticas que lhes são impostas centralmente pelo MS, independentemente dos méritos dessas políticas.

O subfinanciamento da atenção básica torna-se mais problemático quando se compreende o seu papel na mudança do modelo de atenção, meta ainda não alcançada concretamente pelo SUS, a despeito de todos os esforços e avanços efetuados pelas gestões nos três níveis de governo.

Desse modo, é possível afirmar que a incorporação de medidas que apontem para a distribuição equitativa dos recursos financeiros ainda é incipiente, cabendo à União dar o exemplo em termos de cumprimento real de metas.

Ciente das dificuldades que o conhecimento do financiamento comporta para profissionais, usuários e gestores da saúde, este artigo espera contribuir para o debate em torno das condições econômicas para a efetivação das redes de cuidado a partir da APS, bem como a superação dos fatores que culminam nas desigualdades de alocação. Assim, a atenção básica poderá cumprir com a finalidade de prover atenção integral, equitativa e territorializada, para toda a população do país e, em especial, para os grupos mais vulneráveis, como os que habitam o nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM; Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2007; 7(4): 495-502.
2. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva.** 2011; 16(3):1863-1873.
3. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf> [2013 ago 23].
4. Rodrigues CRF. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: Aguiar ZN. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** 1 ed., São Paulo: Martinari; 2011. p.71-94.
5. Ugá MA, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT et al (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da saúde.** Brasília: CONASS; 2011a. 124 p.
7. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde/Bahia, 2011** [online]. Disponível em: <www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP2009_atualizado18-06-2012.pdf> [2013 ago 23].
8. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Oficina de pactuação de indicadores na Macrorregião Leste reúne gestores da saúde Salvador. 2013** [online]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6495:oficina-de-pactuacao-de-indicadores-na-macrorregiao-leste-reune-gestores-da-saude-salvador&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14> [2013 nov 12].
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. **Mortalidade Infantil,** 2011b [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10ba.def>> [2013 nov 13].
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. **Taxa de Analfabetismo,** 2010a [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfba.def>> [2013 nov 13].
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. **Taxa de Desemprego,** 2010c [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/desempba.def>> [2013 nov 13].
12. Coelho TCB. et al. **Contas em saúde: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia.** Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB; 2005. 87p.
13. Coelho TCB, Juliano I, Melo A, Chagas FLS. Fazendo as contas da saúde de Feira de Santana. **Rev. Saúde Coletiva da UEFS.** 2006; 2(1):31-42.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 110 p., 2012a.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.170, de 19 de outubro de 2010. Atualiza a base populacional utilizada para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder executivo, Brasília, DF, 20 out. 2010b; Seção 1:62.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 11 julho de 2011c; Seção 1:50.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 953, de 15 de maio de 2012. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio de 2012b; Seção 1:33.
- Coelho TCB, Scatena JG. COELHO, T. C.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Medbook Editora; 2013. p.600-30.

Endereço para Correspondência

Milla Pauline da Silva Ferreira
 Rua Anísio Moreira Alves nº 25, Centro
 CEP: 44.190-000. Santo Estevão, BA, Brasil.
 Tel. 0**(75) 8153-6875
 E-mail: millapauline@hotmail.com